



**PROSZĘ O WYDANIE RECEPT NA WSKAZANE LEKI DLA:**

.....  
imię i nazwisko

.....  
adres zamieszkania

.....  
telefon

LEK ..... DAWKA ..... OPAKOWAŃ .....

LEK ..... DAWKA ..... OPAKOWAŃ .....

LEK ..... DAWKA ..... OPAKOWAŃ .....

LEK ..... DAWKA ..... OPAKOWAŃ .....

LEK ..... DAWKA ..... OPAKOWAŃ .....

LEK ..... DAWKA ..... OPAKOWAŃ .....

LEK ..... DAWKA ..... OPAKOWAŃ .....

LEK ..... DAWKA ..... OPAKOWAŃ .....

LEK ..... DAWKA ..... OPAKOWAŃ .....

LEK ..... DAWKA ..... OPAKOWAŃ .....

**Jednocześnie oświadczam, że nie przebywam w szpitalu oraz wyrażam zgodę na udostępnianie w/w informacji osobie odbierającej**

Data zamówienia..... Podpis.....

**RECEPTA ODEBRANA PRZEZ OSOBY TRZECIE:**

Imię i nazwisko ..... PESEL .....  
osoby odbierającej

*Niniejszym, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych - imienia, nazwiska oraz numeru PESEL przez NZOZ CUM "Proximum" Sp. z o.o. w celu prowadzenia ewidencji wydanych recept zgodnie z Ustawą o zawodzie lekarza oraz przepisami wykonawczymi do w/w Ustawy.*

Podpis osoby odbierającej receptę.....



**PROSZĘ O WYDANIE RECEPT NA WSKAZANE LEKI DLA:**

.....  
imię i nazwisko

.....  
adres zamieszkania

.....  
telefon

LEK ..... DAWKA ..... OPAKOWAŃ .....

LEK ..... DAWKA ..... OPAKOWAŃ .....

LEK ..... DAWKA ..... OPAKOWAŃ .....

LEK ..... DAWKA ..... OPAKOWAŃ .....

LEK ..... DAWKA ..... OPAKOWAŃ .....

LEK ..... DAWKA ..... OPAKOWAŃ .....

LEK ..... DAWKA ..... OPAKOWAŃ .....

LEK ..... DAWKA ..... OPAKOWAŃ .....

LEK ..... DAWKA ..... OPAKOWAŃ .....

LEK ..... DAWKA ..... OPAKOWAŃ .....

**Jednocześnie oświadczam, że nie przebywam w szpitalu oraz wyrażam zgodę na udostępnianie w/w informacji osobie odbierającej**

Data zamówienia..... Podpis.....

**RECEPTA ODEBRANA PRZEZ OSOBY TRZECIE:**

Imię i nazwisko ..... PESEL .....  
osoby odbierającej

*Niniejszym, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych - imienia, nazwiska oraz numeru PESEL przez NZOZ CUM "Proximum" Sp. z o.o. w celu prowadzenia ewidencji wydanych recept zgodnie z Ustawą o zawodzie lekarza oraz przepisami wykonawczymi do w/w Ustawy.*

Podpis osoby odbierającej receptę.....